

**À L'USAGE DU MÉDECIN**

**DÉCLARATION D'UNE  
MALADIE/INFECTION/INTOXICATION  
À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO)  
SELON LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE**

Voir la liste au verso

|                          |           |                   |   |
|--------------------------|-----------|-------------------|---|
| Nom et prénom du patient |           |                   |   |
| N° d'assurance maladie   |           | Date de naissance |   |
|                          |           | Année             | Mois Jour   |
| Adresse (N°, rue)        |           |                   |   |
| Ville                    |           |                   |   |
| Code postal              | Ind. rég. | Téléphone         | Sexe  |
|                          |           |                   | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |

|                       |
|-----------------------|
| Occupation du patient |
|-----------------------|

| Identification de la MADO  |           |                          |           |
|--|-----------|--------------------------|-----------|
| Nom de la MADO   |           | Date du début de la MADO |           |
|  |           | Année                    | Mois Jour |
| Prélèvement soumis au laboratoire : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui : |           |                          |           |
| Date   |           | Date                     |           |
| Année  | Mois Jour | Année                    | Mois Jour |
| Nom du laboratoire   |           | Nom du laboratoire       |           |
| _____  |           | _____                    |           |
| _____  |           | _____                    |           |

| Pour une MADO transmissible par le sang, les produits sanguins, les organes ou les tissus : Voir la NOTE au verso |                              |                              |                                      |
|---|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| Ce patient a-t-il donné du sang?  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas |
| Ce patient a-t-il reçu du sang ou des produits sanguins?  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas |
| Ce patient a-t-il donné des organes ou des tissus?  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sais pas |
| Ce patient a-t-il reçu des organes ou des tissus?   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |

| Pour une déclaration d'un cas de syphilis : |  |                                      |   |
|---|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Primaire           | <input type="checkbox"/> Latente (moins de 1 an) | <input type="checkbox"/> Tertiaire   | <input type="checkbox"/> Autres formes (préciser) |
| <input type="checkbox"/> Secondaire         | <input type="checkbox"/> Latente (plus de 1 an)  | <input type="checkbox"/> Congénitale | _____   |

|                                     |              |                      |           |
|-------------------------------------|--------------|----------------------|-----------|
| Nom du médecin (en lettres moulées) | N° de permis | Ind. rég.            | Ind. rég. |
|                                     |              | Numéros de téléphone |           |

|       |       |       |                        |
|-------|-------|-------|------------------------|
| Année | Mois  | Jour  |                        |
| _____ | _____ | _____ | _____                  |
| Date  |       |       | M.D.                   |
|       |       |       | Signature du déclarant |

**Ce formulaire ainsi que les coordonnées pour rejoindre les directions de santé publique de toutes les régions peuvent être trouvés sur le site Internet : [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)**

---

**À DÉCLARER D'URGENCE PAR TÉLÉPHONE OU PAR TÉLÉCOPIEUR SIMULTANÉMENT  
AU DIRECTEUR NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE ET AU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE  
DE VOTRE TERRITOIRE ET À CONFIRMER DANS LES 48 HEURES À L'AIDE DU PRÉSENT FORMULAIRE :**

- Botulisme
- Choléra
- Fièvre jaune
- Fièvres hémorragiques virales \*  
(ex. : fièvre Ebola, fièvre de Marburg,  
fièvre de Crimée-Congo, fièvre de Lhassa)
- Maladie du charbon (Anthrax)
- Peste
- Variole

---

**À DÉCLARER À L'AIDE DU PRÉSENT FORMULAIRE AU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE  
DE VOTRE TERRITOIRE DANS LES 48 HEURES :**

- Amiantose
- Angiosarcome du foie
- Asthme dont l'origine professionnelle a été confirmée par un Comité spécial des maladies professionnelles pulmonaires
- Atteinte broncho-pulmonaire aiguë d'origine chimique (bronchiolite, pneumonite, alvéolite, bronchite, syndrome d'irritation bronchique ou œdème pulmonaire)
- Atteinte des systèmes cardiaque, gastro-intestinal, hématopoïétique, rénal, pulmonaire ou neurologique lorsque le médecin a des motifs sérieux de croire que cette atteinte est consécutive à une exposition chimique d'origine environnementale ou professionnelle par les :
  - Alcools (ex. : alcool isopropylique, alcool méthylique)
  - Aldéhydes (ex. : formaldéhyde)
  - Cétones (ex. : acétone, méthyle éthyle cétone)
  - Champignons (ex. : amanites, clitocybes)
  - Corrosifs (ex. : acide fluorhydrique, hydroxyde de sodium)
  - Esters (ex. : esters d'acides gras éthoxylés)
  - Gaz et asphyxiants (ex. : monoxyde de carbone, hydrogène sulfuré, acétylène)
  - Glycols (ex. : éthylène glycol)
  - Hydrocarbures et autres composés organiques volatiles (ex. : aliphatique, aromatique, halogéné, polycyclique)
  - Métaux et métalloïdes (ex. : plomb, mercure)
  - Pesticides (ex. : insecticides organophosphorés et carbamates)
  - Plantes (ex. : datura, stramoine, digitale)
- Babésiose \*
- Béryllose
- Brucellose \*
- Byssinose
- Cancer du poumon lié à l'amiante dont l'origine professionnelle a été confirmée par un Comité spécial des maladies professionnelles pulmonaires
- Chancre mou
- Coqueluche
- Diphtérie
- Éclosion à entérocoques résistants à la vancomycine
- Éclosion au *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline
- Encéphalite virale transmise par arthropodes \* (ex. : VNO, dengue)
- Fièvre Q \*
- Fièvre typhoïde ou paratyphoïde
- Gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée
- Granulome inguinal
- Hépatites virales \* (ex. : VHA, VHB, VHC)
- Infection à *Chlamydia trachomatis*
- Infection à Hantavirus
- Infection à Plasmodium (malaria) \*
- Infection gonococcique
- Infection invasive à *Escherichia coli*
- Infection invasive à *Hæmophilus influenzae*
- Infection invasive à méningocoques
- Infection invasive à streptocoques du Groupe A
- Infection invasive à *Streptococcus pneumoniae* (pneumocoque)
- Infection par le VIH seulement si la personne infectée a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus \*
- Infection par le virus du Nil occidental \*
- Légionellose
- Lèpre
- Lymphogranulomatose vénérienne
- Maladie de Chagas \*
- Maladie de Creutzfeldt-Jakob et ses variantes \*
- Maladie de Lyme \*
- Mésothéliome
- Oreillons
- Paralyse flasque aiguë
- Poliomyélite
- Psittacose
- Rage \*
- Rougeole
- Rubéole
- Rubéole congénitale
- Sida : seulement si la personne atteinte a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus \*
- Silicose
- Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)
- Syphilis \*
- Tétanos
- Toxi-infection alimentaire et hydrique
- Trichinose
- Tuberculose \*
- Tularémie
- Typhus

NOTE : Pour les MADO identifiées par un astérisque (\*), le médecin doit fournir les informations sur les don(s) et réception(s) de sang, produits sanguins, tissus ou organes.

---

Selon l'article 93 de la Loi sur la santé publique, le médecin qui soupçonne une menace à la santé de la population (autre que les MADO) doit en aviser le directeur de santé publique de son territoire.

## **Désignations pour l'imprimeur ( 2 copies)**

**À TRANSMETTRE AU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE DE VOTRE TERRITOIRE**

**À CONSERVER DANS LE DOSSIER DU PATIENT**